

1. RENSEIGNEMENTS DU MILITAIRE

Numéro matricule (NM)	Grade	Nom de famille	Prénom	Initiales
App.	Numéro	Rue	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	
Case postale, route rurale, etc.		Ville	Province	Code postal
N° de téléphone primaire/jour	N° de téléphone secondaire/soirée	Adresse courriel		
Cocher une seule case : <input type="checkbox"/> RAOG <input type="checkbox"/> RAOG RÉ <input type="checkbox"/> RAVRM				
Date de promotion : jj mm aaaa		Date de libération : jj mm aaaa		Numéro de pension

2. CLASSE DE SERVICE (RAOG ET RAOG RÉ SÉULEMENT)

Force régulière*
 Première réserve - classe C*
 Première réserve - classe B pendant plus de 180 jours*
 Première réserve - classe A
 Première réserve - classe B pendant 180 jours ou moins

*Pour les officiers de la Force régulière, de la Première réserve en service de classe C ou de la Première réserve en service de classe B de plus de 180 jours

Couverture facultative : 1 fois la solde Non demandée

3. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE – COUVERTURE DU MILITAIRE (s'applique à la couverture de base et facultative)

Nota 1 : La désignation préalable du conjoint comme bénéficiaire par un membre qui est devenu adhérent d'un régime de la Financière SISIP lorsque domicilié dans la province de Québec peut être irrévocable pendant la couverture, ce qui veut dire qu'un changement de bénéficiaire ne peut être fait sans la permission écrite du conjoint. S'il y a lieu, le bénéficiaire irrévocable doit remplir et signer le formulaire **Renonciation du bénéficiaire** (annexe du formulaire 11F) et le joindre à la présente demande.

Nota 2 : Le militaire (bloc 1) peut désigner toute personne ou tout organisme comme bénéficiaire. S'il y a plus d'un premier bénéficiaire, cocher PREMIER dans chaque rangée applicable, puis indiquer le pourcentage attribué à chacun dans la dernière colonne. La répartition totale doit correspondre à 100 %. S'il n'y a pas suffisamment d'espace, remplir le formulaire **Déclaration/Changement de bénéficiaire** (11F) et le joindre à la présente demande. S'il y a des enfants mineurs, indiquer leur date de naissance et le nom et l'adresse du fiduciaire/tuteur. Pour les bénéficiaires en sous-ordre nommés en cas du décès des premiers bénéficiaires, cocher la case EN SOUS-ORDRE. Le total des montants attribués aux bénéficiaires en sous-ordre doit aussi équivaloir à 100 %.

À titre de titulaire du certificat, j'annule par la présente toute désignation antérieure de bénéficiaire faite en vertu du contrat collectif n° 901102, et je désigne les bénéficiaires suivants. Cette désignation de bénéficiaire est révocable à moins de stipulation contraire.

Bénéficiaire(s) :	Nom et prénom des personnes ou nom des organismes	Lien	Date de naissance	Pourcentage
<input type="checkbox"/> PREMIER			jj mm aaaa	
<input type="checkbox"/> PREMIER			jj mm aaaa	
<input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj mm aaaa	
<input type="checkbox"/> PREMIER			jj mm aaaa	
<input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj mm aaaa	
FIDUCIAIRE/ TUTEUR	Adresse et N° de téléphone			

4. SIGNATURE

Nota 1 : *Bureau de renseignements médicaux (MIB) – Pour connaître la démarche à prendre pour obtenir l'information dans votre dossier ou pour y apporter des corrections, visiter le www.mib.com.

Déclaration et autorisation du demandeur

Les réponses et déclarations contenues dans la présente sont exactes et complètes. Je comprends que toute fausse déclaration des faits importants entraînera l'annulation de l'assurance. Je soussigné demande à être assuré au titre de l'assurance à laquelle j'ai droit ou je pourrais avoir droit en vertu du Régime d'assurance des officiers généraux (RAOG); du Régime d'assurance des officiers généraux de la Réserve (RAOG Rés) ou du Régime d'assurance vie retraite pour les militaires (RAVRM). Je comprends qu'il sera nécessaire pour les autorités militaires d'échanger de l'information personnelle à des fins de vérification d'admissibilité et de statistiques. De plus :

- a. à ne recueillir que les renseignements nécessaires à l'objet du dossier auprès des personnes physiques et morales possédant des renseignements personnels à mon sujet, à savoir d'autres assureurs, des médecins et des établissements médicaux, du MIB*, des agences d'enquête et de crédit et de toute personne ou de tout organisme qui vraisemblablement pourraient détenir des renseignements personnels pertinents à l'objet du dossier;

- b. à ne divulguer que les renseignements personnels nécessaires qu'ils possèdent à mon sujet à ces mêmes personnes et organismes précisés au paragraphe (a);
- c. à demander un compte rendu d'enquête à mon sujet.

Une copie de cette déclaration a la même portée juridique que l'original. Ce consentement vaut pour la durée nécessaire à la réalisation des fins pour lesquelles il a été demandé.

Je comprends que ma nouvelle couverture d'assurance vie est sujette à l'approbation de la Financière SISIP ou Manuvie. Par conséquent, je n'entreprendrai AUCUNE démarche en vue de résilier une des couvertures d'assurance vie en vigueur avant d'avoir été avisé de la décision prise concernant la présente demande.

Les renseignements donnés dans ce formulaire sont protégés contre toute divulgation non autorisée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, ou de la législation provinciale équivalente, et vous seront fournis sur demande.

Nom du militaire (en caractères d'imprimerie) Signature du militaire jj mm aaaa

Je consens à ce que l'on m'envoie des avis ou à ce que l'on communique avec moi au sujet d'autres produits ou services de la Financière SISIP : Initiales : _____ OUI ou _____ NON

Envoyer le document dûment rempli à l'adresse suivante : Financière SISIP, Quartier général de la Défense nationale, 4210, rue Labelle, Ottawa, ON K1A 0K2

RÉSERVÉ À LA FINANCIÈRE SISIP

RAOG ou RAOG Rés en vigueur le : jj mm aaaa Coût mensuel : \$ RAVRM en vigueur le : jj mm aaaa

(RAOG – couverture facultative seulement)